



Laboratorij za klinično
imunologijo in molekularno
genetiko

Vprašalnik ob molekularno genetskem testiranju Alfa-1 antitripsin deficienca

Z namenom učinkovite interpretacije rezultatov molekularno-genetskega testiranja za pomanjkanje AAT vas prosimo, da priložite izpolnjen obrazec s podatki bolnika in namenom testiranja. Za dodatna vprašanja kličite 051 332 642.

POŠILJATELJ:

OSEBNI PODATKI BOLNIKA

Ime in priimek:

Spol:

Datum rojstva:

Etnična pripadnost:

TIP VZORCA:

Datum odvzema vzorca:

RAZLOG NAPOTITVE NA GENETSKO TESTIRANJE:

- Sum na pomanjkanje AAT
 Pljučna prizadetost
 Fenotip
- Jetrna prizadetost
- Znižana koncentracija AAT v serumu

Družinski član je nosilec mutacije za pomanjkanje AAT: navedite katere:

Sorodstveno razmerje preiskovanca do bolnika s pomanjkanjem AAT:

starši

sorojenci

drugo:

Partner je prenašalec mutacije za pomanjkanje AAT: navedite katere:

Fenotip pri sorodnikih s pomanjkanjem AAT:

Drugi razlogi:

Obrazec izpolnil:

Telefon ali e-naslov kontaktne osebe:

Datum: